

Anna Hyrve
Anette Eide
Lise Rusten

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere sykdomsutvikling hos pasienter med kols?

Bacheloroppgave i BSPLD
Veileder: Elin Stikbakke
Mai 2019

Anna Hyrve
Anette Eide
Lise Rusten

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere sykdomsutvikling hos pasienter med kols?

Bacheloroppgave i BSPLD
Veileder: Elin Stikbakke
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere sykdomsutviklingen hos pasienter med kols?	Dato: 16.05.2019
Deltaker(e)/	Lise Rusten	
	Anna Hyrve	
	Anette Eide	
Veileder(e):	Elin Stikbakke	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk.)	Copd, nursing, rehabilitation	
Antall sider/ord: 43 / 9893	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Kols er en kronisk lungesykdom som utvikler seg sakte over tid, reduserer og gir varig nedsatt lungefunksjon. Forverringer er en vanlig komplikasjon som fører til hyppige sykehusinnleggelse. Det er derfor viktig med sykepleietiltak som kan forebygge og redusere sykdomsutvikling og antall forverringer. Livsstilsendringer er avgjørende tiltak innen rehabilitering for at pasientene skal kunne leve et så godt liv som mulig.</p> <p>Hensikt: Å tilegne seg mer kunnskap og forståelse for hva som skal til for å gi pasienten bedre forståelse av sykdommen, og hvordan sykepleiere kan bidra til røykeslutt.</p> <p>Metode: Litteraturstudie. Systematisk søkeprosess for å samle inn relevant forskning i henhold til studiets problemstilling. Fem kvalitative, og en kvantitativ studie ble utvalgt og analysert.</p> <p>Resultat: Resultatene presenteres i fem hovedpunkt. 1) Rehabiliteringens betydning, 2) Røykeslutt og psykososiale utfordringer, 3) Aktivitet 4) Identitet og sosial rolle 5) Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon.</p> <p>Konklusjon: Rehabilitering er en helsetjeneste som omfatter avgjørende tiltak for å redusere sykdomsutvikling hos pasienter med kols. Sykepleierens rehabiliterende funksjon synliggjøres godt når pasientenes behov for støtte og motivasjon, undervisning, veiledning og informasjon trengs. Kols er i hovedsak forårsaket av røyking, noe som fører til at pasientene selv føler de har skyld i sykdommen.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can nurses help reduce the disease progression in patients with COPD?	Date: 16.05.2019
Participants/	Lise Rusten	
	Anna Hyrve	
	Anette Eide	
Supervisor(s)	Elin Stikbakke	
Keywords (3-5 stk.):	Copd, nursing, rehabilitation	
Number of pages/words: 43 / 9893	Number of appendix:	
	0	
<p>Background: COPD is a chronic lung disease that develops slowly over time, reduces and provides lasting impaired lung function. Exacerbations is a common complication that leads to frequent hospital admissions. Therefore, it is important with nursing measures that can prevent disease development and the number of deteriorations. Changes in lifestyle are crucial measures in rehabilitation so that the patients have the opportunity to be able to live as good a life as possible.</p> <p>Purpose: To acquire more knowledge and understanding of what is needed to give the patient better understanding of the disease and how nurses can contribute to smoking cessation.</p> <p>Method: Literature study. Systematic search process for collecting relevant research according to the study's question of issue. Five qualitative, and one quantitative study were selected and analyzed.</p> <p>Results: The results is presented in five main points. 1) The importance of rehabilitation, 2) Smoking cessation and psychosocial challenges, 3) Activity, 4) Identity and social role and 5) The nurses teaching and guidance function.</p> <p>Conclusion: Rehabilitation is a health service that includes decisive measures to reduce disease development in patients with COPD. The nurses's rehabilitative function is clearly highlighted when patients need for support and motivation, teaching, guidance and information is needed. COPD is mainly caused by smoking, which causes tha patients themselves to feel guilty of the disease.</p>		

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag	1
Absract	2
1.0 INNLEDNING	5
1.1 Valg av tema.....	6
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	6
2.0 BAKGRUNN	7
2.1 Kols.....	7
2.1.1 Kommunehelsetjenestens ansvar	8
2.1.2 Virginia Henderson.....	8
2.1.3 Rehabilitering og forebygging	9
2.2 Oppgavens hensikt	10
2.3 Problemstilling	10
2.4 Avgrensing av problemstilling	10
3.0 METODE	11
3.1 Litteraturstudie som metode	11
3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode	11
3.3 Søkestrategi.....	12
3.4 Inklusjonskriterier.....	14
3.5 Eksklusjonskriterier	14
3.6 Framgangsmåte for utvelgelse av artikler.....	15
3.6.1 Forskningsetiske overveielser.....	15
3.6.2 Kildekritikk.....	16
3.7 Framgangsmåte for analysering av artikler.....	16
4.0 RESULTAT	18
4.1 Sammenfatning av resultater	22

4.1.1 Rehabiliteringens betydning	23
4.1.2 Røykeslutt og psykososiale utfordringer.....	23
4.1.3 Aktivitet som tiltak	24
4.1.4 Identitet og sosial rolle.....	24
4.1.5 Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon	25
5.0 DRØFTING	26
5.1 Rehabiliteringens betydning	26
5.2 Røykeslutt og psykososiale utfordringer.....	27
5.3 Aktivitet som tiltak	30
5.4 Identitet og sosial rolle.....	31
5.5 Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon	34
5.6 Innovasjon.....	37
6.0 KONKLUSJON.....	38
Litteraturliste.....	39

1.0 INNLEDNING

Kols, eller kronisk obstruktiv lungesykdom, er en sykdom som utvikler seg over tid. Sykdommen blir betegnet som en ny folkesykdom hvor 250 000 - 300 000 nordmenn er rammet. Forekomsten er vanligst etter fylte 40 år, og er økende med alderen (Grundt og Mjell, 2016). Fordi det også er en økning i levealder her i landet som fører til stadig flere eldre, er det nærliggende å tro at forekomsten derfor vil øke ytterligere (Holter og Grov, 2015). Tilstanden er underdiagnostisert, den kliniske betydningen er ofte undervurdert, og det er mange flere som har kols uten å vite det (Grundt og Mjell, 2016).

Røyking er hovedårsaken til sykdommen. Av de som røyker utvikler omkring 30 % kols. I en studie gjennomført i Norge ble det avdekket at 68 % av sykdomstilfellene kunne ses i sammenheng med røyking (Bakkeland *et al.*, 2016) Røykeslutt er derfor det forebyggende tiltaket som har best effekt. Rehabilitering, fysisk trening, undervisning og veiledning er andre tiltak som kan bidra til å redusere sykdomsutvikling og forverring (Bakkeland *et al.*, 2016).

Akutt forverring av sykdommen er en vanlig komplikasjon. Forverringene har flere årsaker som miljømessige forurensninger, hjertesvikt, fravær av behandling fra pasienten sin side og bakterielle eller virale infeksjoner. Akutt forverring krever som oftest behandling, og er den hyppigste årsaken til innleggelse på sykehus (Grundt og Mjell, 2016).

Holter og Grov (2015) skriver om at på grunn av nye metoder og legemidler er det mulig å fortsette den medisinske behandlingen av pasientene ute i kommunene tidligere enn før. Som en følge av tidlig utskrivning fra sykehus er derfor ansvaret for videre behandling og oppfølging i større grad overført til kommunehelsetjenesten (Holter og Grov, 2015). Dette betyr at helsepersonell ute i den kommunale omsorgstjenesten får et større ansvar for oppfølging av ulike pasientgrupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006; St. Meld. 47 (2008-2009)).

1.1 Valg av tema

I løpet av våre praksisperioder har vi gjort oss erfaringer med sykdommen kols, og pasientene som er rammet. På en medisinsk avdeling fikk vi se pasientene som ble innlagt på sykehus med forverringer. Vi opplevde disse pasientene på sitt svakeste og mest sårbare, og vi så angsten og frykten de måtte leve med når sykdommen tok overhånd. Å møte disse pasientene gjorde inntrykk. På bakgrunn av våre erfaringer valgte vi å vinkle besvarelsen vår i retning av sykepleiere sin forebyggende funksjon, og hvordan sykepleiere kan utøve sitt yrke for å bidra til å bremse sykdomsutviklingen, og dermed også antall forverringer. Av tilegnet kunnskap og erfaring vet vi at gode relasjoner er avgjørende for et godt samarbeid med pasienten. Hjemmet til pasientene bør da være en god arena for relasjonsbygging fordi pasientene er i trygge og kjente omgivelser.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere har en forebyggende og helsefremmende funksjon. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har dette som et eget punkt hvor det står *“Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom”* (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Primær, sekundær og tertiærforebyggende tiltak er relevante for å bidra til at pasienter som bor hjemme slipper hyppige innleggelse på sykehus (Nortvedt og Grønseth, 2016). Å fremme helse handler om å styrke pasienten sine egne ressurser. Å gjenkjenne tidlige tegn på reell eller potensiell helsesvikt er viktige sykepleieobservasjoner som kan avdekke at sykdommen utvikler seg og at pasienten blir dårligere (Nortvedt og Grønseth, 2016). Det er viktig at vi som sykepleiere gjennom god pleie, omsorg og veiledning hjelper pasienten til å kunne takle hverdagslivets- og sykdommens utfordringer. Selv om kols ikke er en tilstand som kan kureres er det viktig for hjemmesykepleier å behandle symptomene og forebygge ytterligere sykdomsutvikling (Brodtkorb, 2015).

2.0 BAKGRUNN

I dette kapittelet vil vi legge frem relevant teori om sykdommen kols. Vi vil også presentere teori om kommunehelsetjenesten, sykepleieteori, samt beskrive kort forebyggende arbeid med relevans for vårt tema.

2.1 Kols

Kols er en samlebetegnelse på sykdommer som fører til redusert, eller hindret luftstrøm gjennom luftveiene, og gir varig nedsatt lungefunksjon (Grundt og Mjell, 2016). Sykdommen er ikke mulig å stoppe eller snu, men utvikler seg langsomt over tid. De fleste som blir diagnostisert med kols har en kombinasjon av sykdommene kronisk bronkitt og emfysem (Grundt og Mjell, 2016).

Kronisk bronkitt er en tilstand med en kronisk betennelsesreaksjon i mindre bronkioler og bronkier. Dette fører til økt slimproduksjon, og at luftveisåpningene reduseres slik at luftmotstanden også øker (Grundt og Mjell, 2016).

Emfysem er når alveolene, de minste luftveisgreinene, og lungevevet ødelegges. Det er i alveolene at gassutveksling av karbondioksid fra blod til lunge, og oksygen fra lunge til blod skjer. Ved emfysem "smelter" disse alveolene sammen og blir færre. Som en følge av det ødelagte lungevevet reduseres også elastisiteten i lungene, noe som resulterer i at motstanden øker ved ekspirasjon, altså utånding (Grundt og Mjell, 2016).

Pasientene vi møter i vår praksis vil være klinisk preget av sykdommen uansett, men hvor hardt preget avhenger av alvorlighetsgraden. GOLD - kriteriene graderer symptomene i fire stadier på bakgrunn av en undersøkelse av lungekapasiteten, spirometri. Det er mild, moderat, alvorlig og svært alvorlig kols, henholdsvis grad I, II, III, IV (Bakkelund *et al.* 2016).

Symptomene kommer gradvis med kronisk hoste, økt slimproduksjon og tung pust ved anstrengelse (Grundt og Mjell, 2016).

Akutt kolsforverring er den vanligste komplikasjonen og er når de daglige symptomene tiltar og blir verre. Hvor alvorlig forverringen er kommer an på alvorlighetsgrad av kols, men forverringen defineres ofte ut i fra hvilken helsehjelp pasienten søker (St. meld. 47, (2008-2009)). Opplevelsen av økt tung pust, kvelningsfølelse og begrensninger i livet bidrar til

angst og depresjon (Bakkelund *et al.*, 2016). Dette er en “normal” komplikasjon av sykdommen som sykepleiere må være oppmerksomme på (Grundt og Mjell, 2016).

2.1.1 Kommunehelsetjenestens ansvar

Kommunens helse- og omsorgstjeneste består av ulike arenaer, deriblant hjemmesykepleien (Holter og Grov, 2015). God kommunikasjon og et godt tverrfaglig samarbeid mellom sykehus og kommune er viktig for et sammenhengende og godt behandlings- og oppfølgingsforløp for kronisk syke pasienter som bor hjemme. Dette forebygger også reinnleggelse på sykehus (Holter og Grov, 2015). Samhandlingsreformen har dette som et av målene, - at pasientene skal få et bredere tilbud av helsetjenester nærmere hvor de bor, helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstilbud tilpasset den enkelte pasient og bedre oppfølging av kronisk syke pasienter (St.meld. 47, (2008-2009)).

At pasientene er utskrevet og ferdigbehandlet fra sykehus betyr ikke nødvendigvis at de mestrer å leve med sykdommen sin på egenhånd, og desto viktigere blir det derfor med tett oppfølging (Holter og Grov, 2015). I pasientforløpet til pasienter med for eksempel kols, må sykepleierens fokus være å ivareta de grunnleggende behov, formidle informasjon, støtte og gi opplæring i å håndtere sykdommen og konsekvensene av den (Holter og Grov, 2015). Dette fører oss videre til vår valgte sykepleieteori.

2.1.2. Virginia Henderson

Virginia Henderson, også kalt “The first lady of nursing”, var en pioner som i 1930-årene startet å utarbeide en definisjon på hva sykepleierens funksjon er. Hennes idèer og tanker ble grunnlaget for både datidens og nåtidens sykepleieutøvelse (Mathisen, 2015).

Hun definerte sykepleierens funksjon slik:

Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til

en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper han til å bli selvstendig så raskt som mulig (Mathisen, 2015, s. 126).

Virginia mente at god sykepleie var å hjelpe pasienten der han er, med sine helseutfordringer som han ikke taklet på egen hånd (Mathisen, 2015). Sykepleie skal altså bidra til at pasienten, i den grad som er mulig, skal få den hjelp og pleie han trenger for å bli selvstendig og klare seg selv. De fleste mennesker ønsker å klare seg selv i hverdagen uten hjelp fra andre, og dette gjelder også de som er kronisk syke (Mathisen, 2015).

I følge Nortvedt og Grønseth (2015) har sykepleieren flere funksjoner, blant annet rehabiliterende-, forebyggende- og undervisende. Disse funksjonene blir sentrale i utøvelse av sykepleie til kronisk syke pasienter som bor hjemme.

2.1.3 Rehabilitering og forebygging

Rehabilitering handler om at pasienten skal kunne oppnå et mål om best mulig funksjons- og mestringssevne. Å føle selvstendighet, økt livskvalitet og å kunne være sosialt deltakende inngår også i begrepet rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006; St.meld. 47 (2008-2009)).

Livsstilsendringer krever motivasjon, innsats og utholdenhet. Pasientens forventninger til seg selv om å klare å gjøre de tingene som kreves, vil påvirke graden av endring. Støtte fra nære omgivelser og kunnskap om sykdommen kan bidra til mestring hos pasienter med kols (Bakkelund *et al.*, 2016).

Siden tobakksrøyking er enkeltårsaken til kols er røykeslutt det mest effektive tiltaket. Kommunene skal kunne tilby røykeavvenningskurs, og sykepleiere kan informere og motivere til røykeslutt (Bakkelund *et al.*, 2016). Røykeslutt, økt fysisk aktivitet, bedre kosthold og psykososial mestring er viktige enkelttiltak i lungerehabilitering (Helse og omsorgsdepartementet, 2006).

2.2 Oppgavens hensikt

Vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap og forståelse av hva som skal til for å gi pasienten bedre forståelse av sin sykdom, og hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten til røykeslutt. Vi vil også finne ut mer om hva som er viktig for denne pasientgruppen, og hvordan vi kan bidra til at pasienten kan leve et så godt liv som mulig med sykdommen. Fokuset er hvilke tiltak vi kan iverksette for å hindre ytterligere forverring.

2.3 Problemstilling

Ut ifra egne erfaringer, og hva vi gjerne vil lære mer om så blir problemstillingen vår som følger:

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere sykdomsutviklingen hos pasienter med kols?

2.4 Avgrensning av problemstilling

Oppgaven er avgrenset til hjemmeboende pasienter med kols, og det legges vekt på sykepleiers rolle i forhold til forebyggende arbeid rettet mot røykeslutt. Fokuset vil være på ikke-medikamentelle behandlingstiltak, og sykepleiers undervisende og veiledende funksjon vil være sentral i oppgaven. Pårørendes rolle vil bli nevnt noen steder for å belyse sentrale faktorer.

I studiet benyttes begrepene helsepersonell og sykepleier, men vi velger å beholde sykepleierbegrepet i problemstillingen da fokuset gjennom studiet er på sykepleietiltak. Videre vil alle de store tiltakene innen rehabilitering, bortsett fra ernæring, beskrives.

3.0 METODE

I dette kapitlet redegjør vi for hva et litteraturstudie er, og hvordan dette brukes som en metode. Deretter vil det komme en beskrivelse av hva som kjennetegner kvantitativ og kvalitativ metode. Videre vil det presenteres en tabell over søkestrategi som viser hvordan de aktuelle forskningsartiklene er funnet. Inklusjons- og eksklusjonskriterier vil beskrives, samt fremgangsmåte for utvelgelse av artikler og kvalitetsvurderinger. Avslutningsvis beskrives fremgangsmåten for analysering av utvalgte artikler.

3.1 Litteraturstudie som metode

Metode beskrives som en fremgangsmåte på hvordan en bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Ved å velge en bestemt metode gjøres dette for å belyse problemstillingen på en faglig interessant måte. En kan sammenligne det med å følge en viss vei mot et mål (Dalland, 2017). Ifølge Thidemann (2017) er metode den systematiske fremgangsmåten som en benytter til å samle inn kunnskap og informasjon for å belyse en problemstilling. Bacheloroppgaven er et litteraturstudie. Litteraturen er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til (Dalland, 2017).

Dalland (2017) refererer til sosiologen Wilhelm Auberts forklaring når han beskriver at *“en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Dalland, 2017, s. 11).

3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

For å videreutvikle sykepleiefaget blir det brukt både kvantitative og kvalitative metoder innen forskning. Ifølge Christoffersen *et al.* (2015) har sykepleieforskning som hensikt å utvikle eller utvide kunnskapsbasen i faget, og ellers å finne løsninger på problemområder

som finnes. De senere årene har det blitt større fokus på, og krav til at sykepleiere forstår sykepleieforskning og benytter dette i sin yrkesutøvelse (Christoffersen *et al.*, 2015).

En kvantitativ metodetilnærming bygger på om informasjonen som innhentes er kvantifiserbar, det vil si at den informasjonen som er gitt kan omgjøres til tall og statistikk (Christoffersen *et al.*, 2015). Tallene fra faktakunnskapen gir mulighet til presise regneoperasjoner som kan benyttes til statistiske beregninger. Dette fremstilles ofte i form av tabeller (Christoffersen *et al.*, 2015; Thidemann, 2017).

En kvalitativ metodetilnærming går ut på å finne ut av noe en vil gå i dybden av, og på denne måten undersøke erfaringer, meninger eller oppfatninger. Det en ønsker å få frem er de forskjellige sidene av en sak. Dette er meninger eller opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle, og metoden for datainnsamling er preget av større grad av allsidighet enn hva kvantitativ metode er (Christoffersen *et al.*, 2015; Dalland, 2017). Thidemann (2017) beskriver hva en kvalitativ tilnærming ofte handler om. Gjennom feltarbeid, intervju, observasjon og dokumentanalyse skaffer en seg datainnsamling som gir nyttig informasjon. Ifølge Christoffersen *et al.* (2015) er intervju den mest brukte metoden for anskaffelse av data til kvalitativ forskning. Denne metoden er allsidig, og kan benyttes stort sett overalt samtidig som at en får detaljerte og fyldige beskrivelser av det en ønsker å finne ut av. På denne måten blir det lett for intervjuer og informant å forstå hverandre og beskrive tanker, følelser og meninger (Christoffersen *et al.*, 2015).

I denne oppgaven benyttes mest kvalitative studier. Det vil gi et svar på pasientenes erfaring av helsehjelp og hvilke tiltak som har vist seg å ha effekt. Videre vil pasientens opplevelse av helsepersonell sine holdninger og personlige meninger komme frem, samt hvordan dette påvirker kvaliteten av behandlingen som gis.

3.3 Søkestrategi

For å få en effektiv søkeprosess er det viktig med en god søkestrategi. Dette omhandler å bestemme seg for søkeord og å kombinere disse til søk i ulike databaser (Thidemann, 2017). Artikkelsøk ble gjort i perioden mars - april 2019.

For å finne relevante forskningsartikler, ble vi enige om aktuelle søkeord med tanke på litteraturens problemstilling. Forskningen måtte være relevant i forhold til sykepleiepraksis. Databasene som ble benyttet var PubMed, Medline og SveMed+ grunnet brukervennlighet, og tidligere erfaringer med søkeprosesser. De mest brukte søkeord var *copd, *nursing og *kols. Andre søkeord som ble benyttet var *community health nursing, *rehabilitation, *quit smoking, *psychosocial, *support og *public health. Søkeordet *a qualitative study måtte benyttes for å ned antall treff på en av artiklene. Nedenfor vises en tabell med vår søkehistorikk. Tabellen viser forfattere/dato, database, søkeord, antall treff og kombinasjoner.

Forfatter(e)/dato	Database	Søkeord	Antall treff	Kombinasjoner
Artikkel 1: Leine <i>et al.</i> (2017) 3. mars 2019.	Medline (Ovid)	#1 copd #2 community health nursing	38950 10480 70	#1 AND #2
Artikkel 2: Halding <i>et al.</i> (2018) 8. april 2019	Medline (Ovid)	#1 copd #2 rehabilitation #3 psychosocial	38950 186976 61993 66	#1 AND #2 AND #3
Artikkel 3: Eklund <i>et al.</i> (2012) 9. mars 2019	PubMed (Medline)	#1 copd #2 quit smoking #3 a qualitative study	81002 12795 188157 17	#1 AND #2 AND #3

Artikkel 4: Ali, L., Fors, A. og Ekman, I. 11. mars 2019	PubMed (Medline)	#1 copd #2 nursing #3 relations #4 support	81002 738484 436427 9211576 58	#1 AND #2 AND #3 AND #4
Artikkel 5: Bratås, O. 8. april 2019	SveMed+	#1 kols #2 rehabilitering	564 9785 89	#1 AND #2
Artikkel 6: Lundh, L., Hylander, I. og Törnkvist, L. 8. mars 2019.	SveMed+	#1 folkehelse #2 kols #3 sykepleie	54866 564 6108 16	#1 AND #2 AND #3

3.4 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier ved utvelgelse av artikler er at de følger IMRaD-struktur og er fagfellevurdert. Forskingen bør være lett overførbar til vår kultur, det vil si at den bør være utført i land med tilnærmet lik kulturforståelse som Norge. Artikkene skal ikke være eldre enn 10 år (2009-2019). Videre skal de skal omhandle voksne eller eldre mennesker med kols, samt forskning gjort på ikke-medikamentelle behandlingstiltak.

3.5 Eksklusjonskriterier

Eksklusjonskriterier er artikler som ikke følger IMRaD-struktur og er fagfellevurdert. Artikler som omhandler barn- og pårørendeperspektiv blir ekskludert. Vi velger også å ekskludere

review-artikler og artikler eldre enn 10 år. Forskning som omhandler barn med kols blir utelukket, samt forskning som omhandler medikamentell behandling ekskluderes.

3.6 Framgangsmåte for utvelgelse av artikler

I et litteraturstudie er det neste store steget, etter at problemstillingen er satt, å finne relevant forskning og litteratur for å kunne svare på denne. Dalland (2017) framhever at et grunnleggende krav til data i en søkestrategi er at de må være relevante med hensyn til problemstillingen. Selv om dataene er relevante i utgangspunktet, må de også være samlet inn på en slik måte at de er pålitelige. For å kunne finne litteratur som er relevant for problemstillingen er det viktig å hele tiden ha denne i tankene (Aveyard, 2014). Til dette formålet ble det benyttet ulike databaser som presentert under punkt 3.3.

Overskriftene ble først lest, og om disse så interessante ut ble abstraktet lest. Dersom abstraktet vekket interesse gikk vi videre og leste fulltekst. Artikkelen ble lest med bakgrunn i vår problemstilling og våre inklusjonskriterier, og dette er ifølge Aveyard (2014) riktig framgangsmåte. Denne framgangsmåten ble brukt på alle artikkelen, noe som førte til at flere ble bortvalgt grunnet liten relevans, eller manglende IMRaD-struktur. IMRaD-struktur vil si at artikkelen inneholder innledning, metode, resultat og (and) drøfting (Dalland, 2017). Denne strukturen går på oppbyggingen av selve artikkelen. Med en slik oppbygging kommer det frem hva forfatterne ønsker å oppnå med studien, hvordan de gjennomførte den, hvilke resultater de kom frem til og drøfting av disse (Nortvedt *et al.*, 2012).

3.6.1 Forskningsetiske overveielser

I 2003 reviderte Sykepleiernes Samarbeid i Norden de etiske retningslinjer for sykepleieforskning. Det som ble bakgrunnen for disse retningslinjene er de fire etiske prinsippene: rettferdighet, ikke-skade, velgjørenhet og autonomi. Disse prinsippene gir en forståelse av hvorfor frivillighet, samtykke og anonymisering er så viktig (Brinchmann, 2014).

Det kommer frem i alle utvalgte artikler at de overholder etiske retningslinjer. Ifølge Christoffersen *et al.* (2015) er hensikten med disse retningslinjene å skåne pasienter mot skadelige effekter som følge av forskning. Samtykke fra pasienten står sentralt, og retningslinjene gjelder for alle som utfører forskning innen helsefag. Retningslinjene er styrt på et overordnet nivå gjennom Helsinkideklarasjonen som ble vedtatt i Helsinki i 1964. Denne deklarasjonen har veiledende regler for helsepersonell som utfører studier som har med mennesker å gjøre (Christoffersen *et al.*, 2015).

3.6.2 Kildekritikk

Ifølge Dalland (2017) er kildekritikk en måte som brukes for å forstå om en kilde er troverdig gjennom vurdering og karakterisering. Det er to elementer ved kildekritikk. Den ene går ut på å fremskaffe litteratur som belyser en problemstilling, og denne kalles litteratur- eller kildesøk. Den andre går ut på å gjøre rede for litteraturen som blir anvendt (Dalland, 2017). Det ble benyttet fagfelleverderte, vitenskapelige artikler som primærkilder, og pensumlitteratur og informasjon via helseorganisasjoner som sekundærkilder. Litteraturen belyser sykepleier- og pasientperspektivet, samt erfaringer og utfordringer av å ha kols. Når en artikkel er fagfelleverdert, vil det si at den har vært gjennom en streng kvalitetssikring. Ekspertene innen sitt fagområde vurderer og godkjenner artiklene som publiseres i vitenskapelige tidsskrifter (Dalland, 2017).

3.7 Framgangsmåte for analysing av artikler

Dalland (2017) beskriver at analyse betyr det samme som granskningsarbeid, og utfordringen ligger i å finne ut hva materialet forteller. En god analyse kan skape rom for ulike fortolkninger, og det er viktig å veksle mellom analyse og tolkning da dette er en del av kvalitetskontrollen (Dalland, 2017). Analyse av artikler er et viktig arbeid fordi det er avgjørende å vurdere gyldighet, kvalitet på metoden og resultatene, samt overførbarhet. Dette gjelder selv om artikkelen er publisert i et anerkjent tidsskrift og er fagfelleverdert (Nortvedt *et al.*, 2012).

Artiklene ble grundig lest, med ekstra vekt på metode- og resultatdel. Nortvedt *et al.* (2012) formidler at for å vite om resultatene er pålitelige er det viktig å se ekstra på metodedelen. Her kommer det frem hvor mange deltakere det var, datasamling og analyse. Resultatene skal kunne gi et svar på vår problemstilling. De skal kunne bli kort oppsummert, samtidig som at de skal komme tydelig fram i artikkelen (Nortvedt *et al.*, 2012). Kun de mest relevante funnene ble sammenfattet, og kategorisert under passende overskrifter. Denne måten å analysere på støttes av Aveyard (2014).

4.0 RESULTAT

I dette kapittelet presenteres en tabell med artiklens tittel, årstall, forfattere, land og hvilke tidsskrift de er publisert i. Hensikt, metode, deltakere og resultater vil også fremkomme i samme tabell. Videre presenteres en sammenfatning av sentrale funn fra utvalgte artikler.

Tittel på artikkel Årstall Forfatter(e) Land Tidsskrift	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultater
Feeling safe and motivated to achieve better health: Experiences with a partnership-based nursing practice programme for in home patients with chronic obstructive pulmonary disease (2017).	Hensikten er å undersøke hvilke erfaringer pasienter med kols har når det gjelder samarbeid med sykepleier og et tverrfaglig team i hjemmet.	Kvalitativ studie. Tre intervjuer med varighet på 35-50 minutter ble gjennomført etter sykehusopphold i en periode på seks måneder. Intervju ble innspilt på lydbånd, transkribert til tekst og analysert.	19 undertegnet skriftlig samtykke. Seks deltakere i alderen 57-78 år gjennomførte. Pasientene måtte være tilknyttet sykehus i Norge, og de måtte ha fravær av medisinske eller kognitive forhold. De måtte bo i eget hjem som var i samme distrikt som sykehuset.	God tillit til sykepleier var grunnlaget for en god dialog. Trygghet for dialog var i eget hjem Samarbeid med sykepleier var viktig for deltaker. Støtte, kunnskap og veiledning fra sykepleier ga ny innsikt som førte til bedre helse. Å føle seg trygg, trøstet, og bli motivert for å

<p>Av: Leine <i>et al.</i> Norge</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p>				<p>oppnå bedre helse var pasientens viktigste ønsker.</p>
<p>The process of trying to quit smoking from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease (2012).</p> <p>Av: Lundh, L., Hylander, I. og Törnkvist, L.</p> <p>Sverige</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p>	<p>Hensikten er å finne ut hvorfor det er vanskelig å slutte å røyke for noen pasienter, samt å utvikle en teoretisk modell som kan hjelpe disse pasientene med å beskrive sine vanskeligheter.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Pasientene i studien deltok i intervjuer som varte i 50-70 minutter og foregikk ansikt-til-ansikt.</p> <p>Grounded theory method ble brukt. Dette er en metode hvor forskerne utvikler sin teori basert på sin datasamling.</p>	<p>14 pasienter deltok i studien, sju kvinner og sju menn. Det ble gjennomført fire ekstra intervjuer for å sikre relevans.</p> <p>Pasientene måtte ha moderat til alvorlig kols, og hatt sykdommen i minst 1 år, samt være røyker.</p> <p>Alder 47-83 år.</p>	<p>Studien resulterte i en modell som belyser vanskeligheter med røykeslutt fra pasientperspektivet.</p> <p>Pasientene opplevde fire mentale tilstander i sin prosess med røykeslutt: frykt, kritisisme, press og verdiløshet.</p>

<p>Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking? A qualitative study (2012).</p> <p>Av: Eklund <i>et al.</i></p> <p>Sverige</p> <p>Tobacco Induced Diseases</p>	<p>Hensikten er at pasienter som ikke klarer å slutte å røyke, skal kunne beskrive sine opplevelser av utfordringer med røykeslutt.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>30-45 min. lange intervjuer ble gjennomført.</p> <p>Intervjuene ble innspilt på lydbånd og transkribert.</p>	<p>10 deltakere, fem kvinner og fem menn i alderen 50-60 år.</p> <p>Pasientene måtte ha moderat grad av kols og være røykere.</p>	<p>Røykeslutt var vanskelig grunnet avhengighet, og at røyken var forbundet med både positive og negative hendelser. Deltakerne ønsket ikke støtte til røykeslutt, og autonomi var viktig.</p> <p>Helsepersonell bør tilpasse støtten individuelt.</p>
<p>Need of support in people with chronic obstructive pulmonary disease (2018)</p> <p>Av: Ali, L., Fors, A. og Ekman, I.</p> <p>Sverige</p>	<p>Hensikten er å beskrive erfaringer, og forventningene om støtte hos pasienter som lever med kols.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Pasientene deltok i intervjuer. Tre deltok i ansikt-til-ansikt intervjuer med varighet på 90-120 min, og fjorten via telefonintervju med varighet på 20-55 min.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på lyd og transkribert ordrett.</p>	<p>17 pasienter i alderen 44-77 år deltok, ti kvinner og sju menn.</p> <p>Pasientene måtte være over 35 år gamle, de måtte ha en kols-diagnose og kunne forstå og kommunisere på svensk.</p>	<p>Fire hovedtemaer ble uthevet: lignende opplevelser, behov for god faglig kunnskap, selvbevissthet i forhold til sykdomstilstand, og bruk av internett som kunnskapskilde.</p>

Journal of Clinical Nursing				
COPD transitions in health and self-management: service users experiences from everyday life (2018) Av: Halding <i>et al.</i> Norge International Journal of COPD	Hensikten er å undersøke hvordan pasienter opplever oppfølgingen fra helsetjenesten, endring i helsetilstand og egenomsorg.	Kvalitativ studie. Pasientene deltok i ansikt-til-ansikt intervjuer, med varighet på 45-90 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp på lyd.	11 pasienter, seks menn og fem kvinner i alderen 62-76 år, deltok. Alle var hjemmeboende. Pasientene måtte ha kols med vesentlige symptomer.	Studien resulterte i to hovedtemaer: kampen for å fortsette, og behovet for kontinuitet og kompetent tilrettelegging. Deltakerne meldte om endring i helsetilstand med krevende forverringer, som medfører at de føler et stort behov for veiledning, rehabilitering og oppfølging fra helsetjenesten.
Tverrfaglig kols-rehabilitering - effekt på kort og lang sikt (2013)	Hensikten er å evaluere både kort- og langsiktige effekter av fire uker med lungerehabilitering	Kvantitativ studie. Pasientene deltok på et fire ukers rehabiliteringsprogram ved tre forskjellige institusjoner i Norge.	111 pasienter av begge kjønn deltok i studien. Pasientene måtte være over 40 år med kols-grad I-IV	Kortsiktige resultater viser at etter fire uker var det en bedring i fysisk utholdenhet, med +44 m på gangtesten.

<p>Av: Bratås, O. Norge Allergi i Praxis</p>	<p>i institusjon. Andre mål er å undersøke ulike faktorer som har innvirkning på helse relatert livskvalitet ved utskrivelse og seks måneder senere.</p>	<p>Fysisk utholdenhet ble målt ved gangtest på flatt gulv, grad av kols via spirometri og helse relatert livskvalitet, angst og depresjon via spørreskjema.</p>	<p>uten pågående forverring. Gjennomsnittsalder på deltakerne var 65 år.</p>	<p>Resultatene viser også at pasientene fikk en betydelig reduksjon når det gjelder angst og depresjon. Langsiktige resultater viser at 48% av deltakerne hadde enten vedlikeholdt eller bedret sin helse relaterte livskvalitet, mens resten av deltakerne hadde hatt et tilbakefall.</p>
--	--	---	--	---

4.1 Sammenfatning av resultater

Herunder vil bli funnene presentert i fem temaer under overskriftene: rehabiliterings betydning, røykeslutt og psykososiale utfordringer, aktivitet som tiltak, identitet og sosiale roller, sykepleierens veiledende og undervisende funksjon. Dette er funn med relevans for oppgavens fokus og problemstilling.

4.1.1 Rehabiliteringens betydning

Halding *et al.* (2018) skriver om pasienter som har deltatt på rehabilitering, og på lærings- og mestringskurs. Flere uttrykker at dette var vendepunktet for dem og deres livssituasjon. I den kvantitative studien av Bratås (2013) er det også positive funn i forhold til rehabiliteringsopplegg. Forbedring av helsereelatert kvalitet på livet, og reduksjon av depresjon er effekter på kort sikt, men effekten av rehabilitering får et tilbakefall på lang sikt (Bratås, 2013). Funnene i Halding *et al.* (2018) sitt studie avslører at erfaring og kunnskap om sykdommen er viktig da dette gir bedre forståelse for egen situasjon, og en viss forutsigbarhet. (Halding *et al.*, 2018). Pasientene er også opptatt av sykdomsutvikling, forebygging og håndtering av sykdomsforverring. Funnene viser også behovet for et individualisert rehabiliteringsopplegg som ivaretar alle pasienter uansett sykdomsgrad (Halding *et al.*, 2018).

4.1.2 Røykeslutt og psykososiale utfordringer

Røykeslutt er det viktigste tiltaket for å redusere utviklingen av sykdommen kols (Lundh, Hylander og Törnkvist, 2011; Eklund *et al.*, 2012).

Motivasjon og støtte er viktige elementer for å oppnå en positiv utvikling i forhold til røykeslutt (Eklund *et al.*, 2012; Leine *et al.*, 2017). I studien av Eklund *et al.* (2012) påpekes det at motivasjon og støtte er viktig å bidra med etter at pasienten har besluttet å bli røykfri. I studien av Lundh, Hylander og Törnkvist (2011) beskrives det at når pasientene sliter med motivasjon til røykeslutt, kan sykepleiere føle seg både frustrerte og maktesløse. Røyking er forbundet med både positive og negative livshendelser, som fører til at det er vanskelig å slutte. Den beste støtten er å finne blant de nærmeste omgivelser (Eklund *et al.*, 2012). Lundh, Hylander og Törnkvist (2011) skriver at pasientene føler seg mislykket og verdiløse dersom de ikke oppnår røykeslutt.

De som røyker og har kols føler seg stigmatisert i samfunnet, og føler ofte på skam og skyld. Det framkommer i studiene av Lundh, Hylander og Törnkvist (2011), Eklund *et al.* (2012), Ali, Fors og Ekman (2017), Leine *et al.* (2017) og Halding *et al.* (2018). Lundh, Hylander og Törnkvist (2011), Eklund *et al.* (2012) og Ali, Fors og Ekman (2017) og formidler at

pasientene også opplever negative holdninger og kommentarer fra helsepersonell i behandlingssituasjoner. Leine *et al.* (2017) formidler at helsepersonell sine holdninger til pasienter med kols som røyker er viktig. I studien av Lundh, Hylander og Törnkvist (2011), Eklund *et al.* (2012), Halding *et al.* (2018) og Leine *et al.* (2017) kommer det frem at sykepleiere som er involvert i røykesluttarbeid bør ha en individuell forståelse og tilnærming til denne pasientgruppen.

Videre kommer det frem i studiene av Eklund *et al.* (2012) og Leine *et al.* (2017) at pasientens autonomi må sikres ved at pasienten selv tar avgjørelsen om røykeslutt. Lundh, Hylander og Törnkvist (2011) og Eklund *et al.* (2012) skriver at ved krav om røykeslutt fra venner, pårørende og helsepersonell fører dette til motsatt effekt.

4.1.3 Aktivitet som tiltak

Halding *et al.* (2018) beskriver viktigheten av fysisk aktivitet, og at motivasjonen til pasientene var forebygging av forverring av sykdommen. I studien av Ali, Fors og Ekman (2017) opplyses det om vansker med å fungere i de daglige aktiviteter, og problemer med fysisk bevegelse. Bratås (2013) avdekker i sin kvantitative studie at trening forbedret den fysiske funksjon på kort sikt etter fire uker med rehabilitering. Det viste seg også at effekten av treningen fikk et tilbakefall på lang sikt.

4.1.4 Identitet og sosial rolle

Faktorer som gjelder identiteten og den sosiale rollen til pasientene kommer frem i studiene av Lundh, Hylander og Törnkvist (2011), Eklund *et al.* (2012), Bratås (2013), Ali, Fors og Ekman (2017), Leine *et al.* (2017) og Halding *et al.* (2018). Disse funnene gjelder pasientens psykososiale helse, og faktorer som blant annet angst og depresjon er fremtredende blant pasienter med kols. Lundh, Hylander og Törnkvist (2011), Leine *et al.* (2017) og Halding *et al.* (2018) har også funn på at pasientene frykter forverring av sykdommen og har

bekymringer rundt egen sykdomsutvikling. Halding *et al.* (2018) formidler videre at forverring oppleves som kritisk tross mange års erfaring med sykdommen. Deltakerne har stor nytte av kunnskap om, og erfaring med sykdommen over tid. Dette fører til at de lærer seg hvordan de skal ivareta sin egenomsorg, og klare å leve et godt liv med sykdommen (Halding *et al.*, 2018).

4.1.5 Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon

Å få god informasjon om sin diagnose, eller tiltak for å forebygge forverring av denne, er viktig for pasienter med kols. Det beskriver Lundh, Hylander og Törnkvist (2011), Eklund *et al.* (2012), Leine *et al.* (2017), Ali, Fors og Ekman (2017) og Halding *et al.* (2018). Halding *et al.* (2018) formidler også at kontinuitet, og tilgjengelig kompetent helsepersonell virker som viktig for å lære seg å ta ansvar for egen sykdomssituasjon. Leine *et al.* (2017) opplyser om at når sykepleiere støtter, informerer, formidler kunnskap og gir ny innsikt i sykdommen gir det motivasjon til livsstilsendringer.

Helsepersonell med begrenset kunnskap om sykdommen, og liten vilje til å forstå pasientene, oppleves som en hindring i å takle endringene i sin helsetilstand (Halding *et al.* 2018).

Leine *et al.* (2017) og Halding *et al.* (2018) beskriver at pasienter med kols legger stor vekt på relasjonen de har til sykepleier, og at tillit til denne er viktig for å få god kontinuitet og oppfølging av sykdommen. Videre formidler Leine *et al.* (2017) at deltakerne beskriver hjemmet som en trygg base, og at det er gunstig at sykepleier kan komme hjem til dem. Dette fører til at de er mer mottakelige for informasjonen de får.

5.0 DRØFTING

I følgende kapittel vil vi sammenligne, tolke og drøfte våre resultater opp mot oppgavens problemstilling og relevant teori. Drøftingen starter innledningsvis med å vise kort hva rehabilitering er, deretter presenteres drøftingen i underoverskriftene: rehabiliteringens betydning, røykeslutt og psykososiale utfordringer, aktivitet som tiltak, identitet og sosial rolle og sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Til slutt vil vi kort redegjøre for muligheter for innovasjon i tjenesteutvikling.

5.1 Rehabiliteringens betydning

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2006) sin Nasjonale strategi for kols-området, St.meld. 47 (2008-2009) og Bakkeland *et al.* (2016) skal rehabilitering i hovedsak føre til forbedret funksjons- og mestringsevne, selvstendighet, økt livskvalitet og sosial deltakelse i samfunnet. De viktigste rehabiliteringstiltakene er røykeslutt, fysisk aktivitet og trening, riktig ernæring, undervisning og psykososial støtte til pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006; St.meld. 47, (2008-2009); Bakkeland *et al.*, 2016). Virginia Henderson sin sykepleieteori sier at sykepleien som gis skal være rettet mot pasientens grunnleggende behov slik at han kan klare seg på best mulig måte selv (Mathisen, 2015).

Halding *et al.* (2018) avslører at flere av pasientene som tidligere har deltatt på rehabilitering eller mestringskurs opplever dette som et vendepunkt. De opplyser om at de lever et godt liv med sykdommen, men veien dit tar tid da det krever mye av pasienten å endre livsstil, og å bli kjent med sin egen sykdomssituasjon (Halding *et al.*, 2018). Bratås (2013) sin studie formidler også positive resultater etter rehabilitering, men dog kun kortvarige. Dette er trolig på grunn av den korte lengden på rehabiliteringsprogrammet. Bakkeland *et al.* (2016) støtter opp om at varige livsstilsendringer er vanskelig. Det er da sykepleierens oppgave å iverksette et undervisningsopplegg for den kronisk syke pasienten (Nortvedt og Grønseth, 2016). Forskningen av Halding *et al.* (2018) bekrefter behovet for undervisning når pasientene opplever at kunnskap om sykdommen, sammen med egne sykdomserfaringer, gir en bedre forståelse av egen situasjon.

Det er fokus på sykdomsutvikling, forebygging og håndtering av sykdomsforverring da dette er krevende situasjoner for pasientene (Halding *et al.*, 2018). I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere heter det seg at sykepleier skal utøve en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2016). Sykepleier sitt ansvar blir her å utøve en forebyggende praksis hvor tidlige tegn på forverring identifiseres, og tiltak iverksettes raskt (Nortvedt og Grønseth, 2016). Nasjonal strategi for kols-området påpeker viktigheten av tidlige rehabiliteringstiltak da dette kan bidra til å bremse sykdomsutviklingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Dette er også relevant kunnskap for litteraturstudiets problemstilling.

Funn fra Halding *et al.* (2018) forteller at det er behov for individualiserte rehabiliteringsopplegg slik at alle pasienter ivaretas, uansett grad av sykdom. Nasjonal strategi for kols (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) nevner betydningen av at individuelt tilpassede rehabiliteringstiltak blir satt i gang så tidlig som mulig. Tidlig røykeslutt reduserer sykdomsutviklingen, og nye livsvaner, som for eksempel fysisk aktivitet, kan bli lettere å etterleve (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Alvorlig syke pasienter krever andre tiltak enn pasienter med mildere sykdom, og behandling og oppfølging krever derfor at ulike faggrupper er involvert etter behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Holter og Grov (2015) forklarer også at individuelle behandlings- og oppfølgingsforløp tar utgangspunkt i pasientens ønsker og behov, og hvordan han opplever og reagerer på sykdom og behandling.

5.2 Røykeslutt og psykososiale utfordringer

Røykeslutt er det viktigste tiltaket for å redusere utviklingen av kols. Dette fremkommer i studiene av Lundh, Hylander og Törnkvist (2011) og Eklund *et al.* (2012). Dette er i tråd med hva Nasjonal strategi for kols-området (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) skriver angående røykeslutt som det mest effektive tiltaket. Bakkellund *et al.* (2016) støtter dette når han skriver at røykeslutt i tidlig fase reduserer sykdomsutviklingen, og det er større sjanse for overlevelse. Dette tiltaket er også direkte rettet mot studiets problemstilling. Det vil være naturlig for sykepleier å informere og veilede pasienten til å slutte å røyke (Bakkellund *et al.*,

2016). Virginia Henderson belyser i sin sykepleieteori at sykepleie er å skape et godt grunnlag som fremmer pasientens helse. Det er sykepleiers oppgave å veilede og informere pasienten så lenge pasientens krefter og vilje tillater det (Mathisen, 2015).

Eklund *et al.* (2012) og Leine *et al.* (2017) beskriver at støtte og motivasjon fra sykepleier under en røykesluttprosess er viktig for at pasientene skal oppnå endringer mot en bedre helse. Samtidig påpeker Eklund *et al.* (2012) at motivasjon og støtte er viktig å bidra med etter at pasienten har tatt sin avgjørelse om å slutte å røyke. Nasjonal strategi for kols-området (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) formidler at dersom pasienten ikke har motivasjon er det avgjørende å opparbeide dette hos han. Når pasienten er motivert kan en gå videre til veiledning og en eventuell medikamentell støtte (Helsedirektoratet, 2012). Stubberud (2015) bekrefter at veiledning fra helsepersonell har dokumentert effekt i forhold til å oppnå røykeslutt når pasienten er motivert.

Lundh, Hylander og Törnkvist (2011) beskriver at når pasientene sliter med motivasjon, kan det føre til at sykepleiere føler seg både frustrerte og maktesløse i situasjonen. Egne erfaringer fra sykehuspraksis opplevdes på samme måte i møte med en pasient med kols. Til tross for alvorlig forverring ønsket pasienten fortsatt å røyke, og begrunnet dette med at det var både sosialt, men også avslappende i forhold til stress. I Eklund *et al.* (2012) sin studie kommer det frem at røyking er forbundet med både positive og negative livshendelser, og at det derfor er vanskelig å bryte ut av dette mønsteret. Bakkellund *et al.* (2016) sier at det kan være vanskelig å forstå at pasienten fortsetter å røyke til tross for at dette påvirker sykdommen negativt. Det kan utfordre sykepleierens holdning.

Eklund *et al.* (2012) skriver at den beste støtten i forhold til røykeslutt finnes i de nærmeste familiemedlemmer. Ifølge Grundt og Mjell (2016) anbefales det at familiemedlemmer også slutter å røyke for å redusere sykdomsutviklingen. Lundh, Hylander og Törnkvist (2011) skriver at pasientene føler seg mislykket og verdiløse dersom de ikke oppnår målet om å bli røykfri. Røykeslutt er en livsstilsendring som kan være vanskelig for pasienter å gjennomføre, på grunn av blant annet egen tro på mestring (Bakkellund *et al.*, 2016). Eide og Eide (2017) beskriver at for å styrke pasientens mestringsevne, kan helsepersonell benytte kommunikasjonsteknikker på en slik måte at det bidrar til aktiv mestring, endring og utvikling hos pasienten. Motiverende veiledning er en slik kommunikasjonsteknikk, og denne legger

vekt på pasientens behov for kunnskap, selvbestemmelse, tilknytning og mestring. Om disse behovene ikke tilfredsstilles svekkes pasientens indre motivasjon (Eide og Eide, 2017). Dette er noe en kan tenke seg kan føre til slike negative følelser som disse pasientene opplever.

Eklund *et al.* (2012) og Leine *et al.* (2017) avslører at pasientens autonomi må sikres ved at pasienten selv tar avgjørelsen om å bli røykfri. Eriksen (2015) formidler at brukermedvirkning er beskrevet både i lovverket og i sykepleiers yrkesetiske retningslinjer. Sykepleier har et ansvar i å legge til rette for, og fremme muligheter for at pasienten kan ta selvstendige valg. For å hjelpe pasienten til dette trenger han informasjon og undervisning, slik at han får nødvendig kunnskap om situasjonen (Eriksen, 2015). Lundh, Hylander og Törnkvist (2011) og Eklund *et al.* (2012) skriver at ved krav om røykeslutt fra venner, pårørende og helsepersonell fører dette til motsatt effekt. Dette støttes av Eide og Eide (2017) når de sier at gode råd og forslag fra helsepersonell ofte virker mot sin hensikt, og er sjelden motiverende for pasienten.

Gode relasjoner og sosial støtte er av stor betydning for pasienter med kols i forhold til livskvalitet og personlig integritet (Eriksen, 2015). I studier av Lundh, Hylander og Törnkvist (2011), Eklund *et al.* (2012), Ali, Fors og Ekman (2017), Leine *et al.* (2017) og Halding *et al.* (2018) formidles det at pasientene opplever stigmatiserende følelser i form av skyld og skam både fra nære relasjoner og samfunnet generelt. Bakkeland *et al.* (2016) skriver at pasientene har en følelse av at samfunnet ser på sykdommen som en selvforskyldt konsekvens av røyking, samtidig som at de føler skam over at de fortsatt røyker (Bakkeland *et al.*, 2016). Pasientene opplever også negative holdninger og kommentarer fra helsepersonell i behandlingssituasjoner (Lundh, Hylander og Törnkvist, 2011; Eklund, *et al.*, 2012; Ali, Fors og Ekman, 2017). Leine *et al.* (2017) formidler videre at helsepersonell sine holdninger til pasientene som røyker er viktig. Bakkeland *et al.* (2016) beskriver også opplevelser av å bli møtt med negative kommentarer fra helsepersonell. Helsedirektoratet (2012) oppfordrer helsepersonell i møte med pasienten til å vise respekt uten å være fordømmende, da røyking kombinert med røykerelatert sykdom kan bidra til skyld og skam. Stubberud (2015) støtter dette og beskriver videre at oppmuntring og anerkjennende kommentarer fra sykepleier er viktig.

I studier av Lundh, Hylander og Törnkvist (2011), Eklund *et al.* (2012), Leine *et al.* (2017) og Halding *et al.* (2018) beskrives viktigheten av at sykepleiere som er involvert i røykesluttarbeid har en individuell forståelse og tilnærming. En slik tilnærming kalles for personsentrert sykepleie, og betyr at pasientens ønsker eller behov skal legge grunnlaget for sykepleieutøvelsen, og ikke bare pasientens diagnose (Holter og Grov, 2015). Det er viktig å bli møtt av en sykepleier som gir pleie med pasientens verdier og livssituasjon som utgangspunkt. At sykepleieren evner å se at det finnes en person bak pasienten, og utøver sitt yrke med bakgrunn i dette er av stor betydning (Eriksen, 2015).

5.3 Aktivitet som tiltak

Å være aktiv og trene er ifølge Bakkellund *et al.* (2016) et viktig forebyggende tiltak for å redusere utvikling og forverring av kols, og bør gjøres i alle stadier av sykdommen. I studien av Halding *et al.* (2018) har deltakerne tidligere vært på rehabilitering, deltatt i lærings- og mestringskurs, eller vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det er målet om å bremse sykdomsutviklingen og forhindre forverring som motiverer deltakerne til å trene (Halding *et al.*, 2016). I Nasjonal strategi for kols-området er det beskrevet at økt fysisk aktivitet er et av de viktigste enkelttiltakene i lungerehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Bakkellund *et al.* (2016) støtter opp om viktigheten av, og behovet for, fysisk aktivitet. Styrke, utholdenhet og bevegelse vil gi større evne til å være fysisk aktiv, og bedre kvaliteten på livet. I studien av Halding *et al.* (2018) bevises dette når deltakerne opplever forbedret fysisk funksjon, og positivitet angående deres sykdomssituasjon. Dette kan tolkes som en forbedret livskvalitet, noe som ifølge Nasjonal strategi for kols-området også er et av målene for rehabilitering av denne pasientgruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006)

De positive funnene i Halding *et al.* (2018) sin forskning står i sterk kontrast til funnene i studien av Ali, Fors, og Ekman (2017), hvor det kommer frem at det er utfordringer med fysisk bevegelse, og å utføre de daglige aktivitetene. Utfordringene kan ifølge Bakkellund *et al.* (2016) skyldes lite krefter på grunn av anstrengelse ved hoste og pustebesvær. På tross av alvorlig sykdomsgrad kan pasienten selv klare å tilpasse aktivitetene, men da med ervervet kunnskap og erfaring gjennom rehabilitering (Nortvedt og Grønseth, 2016; Halding *et al.*, 2018). I situasjoner hvor sykdommen har utviklet seg, forverringene er hyppige, og trening er

et urealistisk mål, blir det sykepleier sin oppgave å hjelpe og veilede pasienten til å prioritere aktiviteter og energibruk, og å finne en balanse mellom aktivitet og hvile (Bakkellund *et al.*, 2016).

Trettheten som mange med kols opplever påvirker hele hverdagen og kan oppleves som overveldende (Bakkellund *et al.*, 2016). Funn i studiene til både Ali, Fors, og Ekman (2017) og Halding *et al.* (2018) støtter dette når det beskrives at det er slitsomt å leve med kols, at sykdommen drar de ned, og at hver dag er en kamp for å prøve å fungere. For å måle denne trettheten, eller den fysiske kapasiteten, kan graden av tungpusthet vurderes (Bakkellund *et al.*, 2016). For å måle dette brukes gangtester (Bratås, 2013; Bakkellund *et al.*, 2016). I studien av Bratås (2013) benyttes en seks minutters gangtest hvor det er en forbedring med 44 meter etter fire uker i rehabilitering. I likhet med funn fra Halding *et al.* (2018) sitt studie peker dette mot at trening og fysisk aktivitet er hensiktsmessig og har positiv effekt på sykdomssituasjonen, men det avdekkes at etter seks måneder avtar effekten av den fysiske utholdenheten (Bratås, 2013). Det antas at kort varighet på rehabiliteringsprogrammet kan spille en rolle (Bratås, 2013). Antagelsen er sannsynlig fordi varige livsstilsendringer tar tid, og krever egeninnsats og motivasjon fra pasienten (Bratås, 2013; Bakkellund *et al.*, 2016; Halding *et al.*, 2018).

Hverdagens utfordringer, og følelsen av å kjempe skaper angst (Ali, Fors, og Ekman, 2017). Bakkellund *et al.* (2016) skiver om at angst er en vanlig komplikasjon som sammen med tung pust, og hoste fører til nedsatt aktivitet. Nedsatt aktivitet kan igjen skape angst, og slik ytterligere forverre sykdomssituasjonen. Dette er en ond sirkel som disse pasientene har lett for å komme i (Bakkellund *et al.*, 2016). Når en ser på helsegevinsten av blant annet fysisk aktivitet i Halding *et al.* (2018) og Bratås (2013) sine studier bør det tilstrebes at så mange pasienter som mulig tilbys rehabilitering.

5.4 Identitet og sosial rolle

I studier av Lundh, Hylander og Törnkvist (2011), Eklund *et al.* (2012), Bratås (2013), Ali, Fors og Ekman (2017), Leine *et al.* (2017) og Halding *et al.* (2018) fremkommer sider som påvirker identiteten og den sosiale rollen til denne pasientgruppen på en negativ måte. Med identitet og sosial rolle menes pasientens opplevelse av sykdom og symptomer, og hvordan dette påvirker personen bak pasienten og hans psykososiale helse. Symptomer som hoste, økt

slimproduksjon og heshet kan føre til forlegenhet, som igjen bidrar til at pasienten isolerer seg hjemme (Bakkelund *et al.*, 2016). Stubberud (2015) støtter også dette i sin beskrivelse av at en pasient med kols ofte vil ha redusert livskvalitet, og en endring i sin sosiale rolle.

Angst og depresjon er en vanlig komplikasjon som pasienter med kols lider av, og dette beskrives av Lundh, Hylander og Törnkvist (2011), Eklund *et al.* (2012), Bratås (2013), Ali, Fors og Ekman (2017), Leine *et al.* (2017) og Halding *et al.* (2018). Angst og tung pust bør alltid ses i sammenheng, siden dette er to symptomer på kols som er nært forbundet med hverandre. En pasient med kols og pusteproblemer vil synes at dette er svært skremmende, da redselen for kvelning og død vil være fremtredende hos pasienten i øyeblikket med tung pust (Bakkelund *et al.*, 2016). Det er likevel uheldig at sykepleier fokuserer mer på angsten enn på pustebesværet, siden angsten er et resultat av selve pustebesværet (Brodtkorb, 2014).

Relevante observasjoner for en sykepleier vil være blant annet respirasjonsfrekvens- og bevegelser samt respirasjonslyder. Disse observasjonene vil være viktige for å kunne vurdere om pasientens tilstand har forverret seg. Stubberud (2015) påpeker at angst også kan være det første tegnet på en sykdomsforverring.

Brodtkorb (2014) formidler at ved langtkommen kols kan det være livstruende med akutte forverringer. Pasientene frykter forverring av sykdommen, samtidig som at de har bekymringer rundt egen sykdomsutvikling. Dette formidles av Lundh, Hylander og Törnkvist (2011), Leine *et al.* (2017) og Halding *et al.* (2018). Bakkelund *et al.* (2016) beskriver at pasienter med kols noen ganger forteller at de har en form for dødsangst, men at det ikke er døden i seg selv de frykter, heller måten dette vil skje på. Kvelning på grunn av åndenød blir av pasienter beskrevet som den verst tenkelige måten å dø på. De som har erfaringer med hvordan det føles å ha åndenød, samt angsten dette medfører, gjør gjerne mye for å unngå å oppleve dette flere ganger (Bakkelund *et al.*, 2016).

I møte med pasienter med pustebesvær er det viktig at sykepleier opptrer profesjonelt, og tillit mellom sykepleier og pasient er viktig. Pustemønster kan være «smittsomt», så det at sykepleier er bevisst over sin egen pust og opptrer rolig i situasjonen er avgjørende (Bakkelund *et al.*, 2016). Forverring av kols ble opplevd som kritisk selv etter mange års erfaring med sykdommen. Det presiseres i studiet av Halding *et al.* (2018). Det å være fysisk nær pasienten kan ha positiv effekt på pustebesværet. En hånd å holde i, eller å bli strøket på

ryggen kan føre til at angsten som pasienten føler i forbindelse med pustevanskene blir redusert. Siden angst og redsel i denne sammenhengen forsterker pustevanskene, vil dette igjen bidra til redusert pustebesvær for pasienten (Bakkeland *et al.*, 2016). Pasienter med kols med angst og depresjon som følger, har stor nytte av psykososial støtte da dette har vist seg å redusere angsten, og dermed forbedre livskvaliteten (Bakkeland *et al.*, 2016). For å forebygge forverring er det viktig at pasienten får veiledning av sykepleier. Kunnskap om, og erfaring med sykdommen er viktig, siden pasientene etter hvert må lære seg selv – i samarbeid med sykepleier – å gjenkjenne tidlige tegn på forverring. Veiledning i pusteteknikker kan være et godt tiltak for å lære pasienten å takle angsten som følger med tungpustethet (Bakkeland *et al.*, 2016).

Brinchmann (2014) beskriver sykepleiers yrkesetiske retningslinjer som går ut på at en skal jobbe helsefremmende og forebyggende, lindre lidelse og sikre en verdig død. I møte med disse pasientene, med komplikasjoner som blant annet angst vil derfor disse retningslinjene være sentrale. Retningslinjene beskriver at sykepleieren har et ansvar for å redusere følelsen av angst og utrygghet hos pasienten. Ifølge Stubberud (2015) kan dette gjøres ved at sykepleier viser at en er tilstede i situasjonen og bruker berøring på en bevisst måte - parallelt med Bakkeland *et al.* (2016) sin beskrivelse. Virginia Henderson støtter også dette når hun sier at sykepleiers funksjon består seg av å hjelpe mennesket til helse eller gjenvinning av denne (Mathisen, 2015).

Mye av ansvaret med oppfølging av sykdommen faller på pasienten selv, men sykepleier stiller pliktig til å informere slik at han skal kunne leve et så godt liv som mulig med sin sykdom (Bakkeland *et al.*, 2016). I studien av Halding *et al.* (2018) kommer det frem at kunnskap om sykdommen, samt erfaring med den over tid, er viktig for den som er syk. Slik lærer pasientene hvordan de på best mulig måte kan ta vare på sin egenomsorg som igjen bidrar til at de kan leve et godt liv med sykdommen (Halding *et al.*, 2018). Dette samsvarer med Bakkeland *et al.* (2016) sin beskrivelse av at kunnskap om kols og behandlingen av den står sentralt da dette fører til at pasienten selv kan behandle sin sykdom og forebygge videre sykdomsutvikling.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2006) sin Nasjonale strategi for kols-området, St.meld. 47 (2008-2009) og Bakkeland *et al.* (2016) skal rehabilitering i hovedsak føre til forbedret funksjons- og mestringsevne, selvstendighet, økt livskvalitet og sosial deltakelse i samfunnet. De viktigste rehabiliteringstiltakene er røykeslutt, fysisk aktivitet og trening, riktig ernæring, undervisning og psykososial støtte til pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006; St.meld. 47, (2008-2009); Bakkeland *et al.*, 2016). Virginia Henderson sin sykepleieteori sier at sykepleien som gis skal være rettet mot pasientens grunnleggende behov slik at han kan klare seg på best mulig måte selv (Mathisen, 2015).

5.5 Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienten krav på å få informasjon om sin helsetilstand. Informasjonen skal tilpasses individuelt, med hensyn til kjønn, alder og etnisitet, og gis på måte så pasienten forstår budskapet (Stubberud, 2015). Lundh, Hylander og Törnkvist (2011), Eklund *et al.* (2012), Leine *et al.* (2017), Ali, Fors og Ekman (2017) og Halding *et al.* (2018) skriver at pasientene vektlegger god informasjon om sin diagnose. Bakkeland (2016) sier at informasjon og veiledning i forhold til diagnosen er viktig i alle faser av sykdommen, men i tidlig fase bør informasjonen gis på en enkel og konkret måte slik at det blir lett forståelig for pasienten. Senere i forløpet når pasient og sykepleier har utviklet en relasjon kan informasjonen bli mer detaljert (Bakkeland *et al.*, 2016).

Ali, Fors og Ekman (2017) og Halding *et al.* (2018) avdekker at pasientene vurderer tiltak for å forebygge forverring av sin helsetilstand som avgjørende. Bakkeland *et al.* (2016) skriver at god informasjon og veiledning i forhold til sin sykdom kan styrke pasientens ressurser til å mestre sin livssituasjon. Dette bidrar til at pasienten tar ansvar for behandling og forebygging av egen sykdom. Det er viktig at pasienten selv setter i gang tiltak når han kjenner symptomer på forverring. I samarbeid med sykepleier kan de utarbeide en plan for egenbehandling sett at pasienten har god forståelse av sykdom og symptomer, og erfaring med forverring. Dette tillater pasienten selv å øke den medikamentelle behandlingen dersom han kjenner symptomer på forverring. En slik plan blir eventuelt forordnet av en lege (Bakkeland *et al.*, 2016).

Halding *et al.* (2018) formidler at kontinuitet er viktig for pasienter med kols, og det faktum at de har tilgang til kompetent helsepersonell. Dette fører til at de lærer seg å ta ansvar for egen sykdomssituasjon. Fermann og Næss (2014) formidler at pasienter i hjemmesykepleien synes det er en fordel at det er samme sykepleier som kommer tilbake over tid for å få god kontinuitet og oppfølging av sykdommen. Dette blir ikke alltid praktisert, og pasientene får ofte besøk av forskjellige helsepersonell til ulike tider, noe som kan resultere i uforutsigbarhet. Brodtkorb (2014) skriver at pasienter med alvorlig kols ofte utvikler egne måter å takle sykdommen på. Dette med tanke på blant annet pusteteknikker, reduksjon i aktivitet og medisinerer. Ofte vil disse individuelle strategiene være godt fungerende. Rollen til sykepleier blir i et slikt tilfelle å støtte opp under disse strategiene og å legge til rette for at pasienten kan benytte dem (Brodtkorb, 2014).

Bakkellund *et al.* (2016) presiserer at pasientene gjerne opplever mindre angst og depresjon, og dermed også mindre tung pust, når de har tilstrekkelig kunnskap om tiltak som kan iverksettes ved forverring. Da er det også avgjørende at han selv føler seg trygg på at han kan mestre å iverksette disse tiltakene (Bakkellund *et al.*, 2016). I Halding *et al.*, (2018) opplever pasientene trygghet, og en viss kontroll når de kan administrere legemidler selv, noe som kan tenkes å redusere angsten. Ved at pasienten får være involvert kommer pasientens syn og meninger frem. Pasienten formidler da hva som trengs av informasjon på forskjellige stadier av sykdommen, og det blir lettere for sykepleier å tilpasse informasjonen individuelt. Dette fører videre til at pasienten opplever undervisningen som meningsfull (Bakkellund *et al.*, 2016). God informasjon og veiledning til pasienter med kols bør inneholde både praktisk og teoretisk kunnskap, øvelser som fremmer avslapning og fysisk bevegelse. Dette har vist seg å ha positive helsegevinster med tanke på økt livskvalitet, mindre tungpust, at pasienten får bedre kontroll over egen sykdom og redusert antall legekonsultasjoner (Bakkellund *et al.*, 2016).

Ifølge Nasjonal strategi for kols-området (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) er målsettingen at pasienter med kols skal kunne leve et så godt liv som mulig med sin sykdom. Dette kan være utfordrende for den enkelte pasient å oppnå. Det blir sykepleiers rolle å hjelpe han til dette, men det krever at pasienten foretar livsstilsendringer. Leine *et al.* (2017) beskriver at pasientene gjerne får mer motivasjon til livsstilsendringer dersom sykepleier støtter og informerer. Dette er parallelt med Bakkellund *et al.* (2016) sin beskrivelse av at det er mer sannsynlig at pasienten klarer å legge om livsstilen dersom han opplever støtte fra nære

omgivelser. Pasientens selvtillit vil være avgjørende når det gjelder endring i livsstil, og han vil følgelig ha et bedre utgangspunkt for disse endringene dersom han tror at han mestrer det (Bakkeland *et al.*, 2016). Tiltak fra sykepleiers side blir å kontinuerlig informere pasienten om de positive effektene av livsstilsendringer. For å ha en motiverende effekt er det viktig at sykepleier unngår å virke stigmatiserende eller anklagene når en fører denne samtalen, og heller anerkjenne pasienten når han lykkes (Bakkeland *et al.*, 2016).

Halding *et al.* (2018) presiserer at pasienter har vanskeligheter med å takle sin helsetilstand og endringer i denne. Det at helsepersonell viser liten forståelse for pasientene og samtidig har liten kunnskap om sykdommen, gjør det enda vanskeligere for dem å håndtere sin sykdomssituasjon. Heyn (2015) støtter dette i sin beskrivelse av at svikt i blant annet informasjonsformidling og veiledning fører til lavere tilfredshet og dårligere pleie. Det er gjerne sykepleier som tilbringer mest tid i direkte pasientkontakt. Derfor er det avgjørende at sykepleier kommuniserer med, og veileder pasienten på en måte som formidler støtte og empati. Dersom pasienten føler at sykepleier utøver dette er det sannsynlig at han vil oppleve sin sykdomssituasjon som lettere å takle. Syke pasienter som befinner seg i en sårbar situasjon kan oppleve vanskeligheter med å tilegne seg den kunnskapen og informasjonen som sykepleier formidler. Derfor kan det være av betydning at sykepleier gjentar informasjonen opptil flere ganger (Heyn, 2015).

Leine *et al.* (2017) og Halding *et al.* (2018) formidler at pasientene vektlegger relasjonen de har til sykepleier. De synes det er viktig med tillit til sykepleier for å få god kontinuitet og oppfølging av sykdommen. Dette støttes av Grov (2015) sin beskrivelse av at pasienter synes det er av stor betydning å ha tillit til den som skal hjelpe dem. På den andre siden beskrives det at det også finnes pasienter som synes det er bedre å holde en viss avstand til den som skal hjelpe, nettopp for å kunne distansere seg fra sine helseutfordringer (Grov, 2015). Det at sykepleier signaliserer at en er tilstede og tilgjengelig for pasienten, vil sannsynligvis bidra til relasjonsbygging. Dette fører til at pasienten føler seg godt ivaretatt, som videre medfører at han lettere kan kommunisere åpent med sykepleier (Heyn, 2015). For å oppnå tillit er det viktig at sykepleier avklarer med pasienten at det ikke er blitt noen misforståelser av informasjonen som er formidlet. Dette kan gjøres ved at pasienten foretar en oppsummering av gitt informasjon. Kommunikasjon er en av de viktigste egenskapene en sykepleier kan ha,

og pasienter formidler at grunnen til dette er viktigheten av å bli sett, hørt og forstått (Heyn, 2015).

Leine *et al.* (2017) formidler at pasientene synes det er en fordel at sykepleier kommer hjem til dem. De beskriver hjemmet som en trygg base, og at dette medfører at de er mer mottakelige for informasjonen de får. Eide og Eide (2017) formidler at det er ønskelig at eldre mennesker bor hjemme lengst mulig, og dette betyr at mange pasienter trenger bistand i form av hjemmesykepleie for å kunne klare seg. Nortvedt og Grønseth (2016) skriver at sykepleiers undervisende og veiledende funksjon består av å gi informasjon og veiledning. Dette skal gjøres på en måte som fører til at pasienten føler trygghet, og det skal gi pasienten kunnskap som bidrar til at han kan håndtere og mestre sin sykdomstilstand (Nortvedt og Grønseth, 2016). Dette støttes også av Virginia Hendersons sykepleieteori, som sier at sykepleieren skal hjelpe pasienten, der han er, til å bli mest mulig selvstendig (Mathisen, 2015).

5.6. Innovasjon

Tross anbefalinger i forhold til retningslinjer er det mangel på tilbud om oppfølging, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud. Det viser seg at stigmatisering er vanlig for pasienter med kols, noe som kan føre til at de ikke våger å søke hjelp. Dette kan bety at flere pasienter har hyppigere forverringer enn nødvendig. Rehabilitering og lærings- og mestringkurs fokuserer på informasjon om dette, derfor bør det etterstrebes at alle pasienter med denne diagnosen får tilbud om disse tjenestene. Dette fremkommer i studien til Halding *et al.*, (2018) som delvis omfatter rehabilitering.

6.0 KONKLUSJON

Etter å ha jobbet med dette litteraturstudiet ser vi at rehabilitering er det ultimate tiltaket innenfor helsetjenestene når det gjelder pasienter med kols. Studiet viser at rehabilitering omfatter alle tiltakene for å redusere sykdomsutvikling. Via rehabilitering tilegner pasientene seg nødvendig kunnskap for å kunne ta ansvar for egen helse, og det er derfor viktig at sykepleiere informerer om dette tilbudet regelmessig.

Sykepleieren sin rolle i rehabilitering blir å støtte og motivere, undervise, veilede og informere pasientene. Disse funksjonene kan føre til at de mestrer bedre å leve med sykdommen, og gir de en større forståelse for egen situasjon, samt forutsigbarhet. Det er også disse funksjonene som blir sentrale for å bidra til røykeslutt. Å støtte pasientene og å være bevisst på egne holdninger er av stor betydning i denne sammenhengen.

Sykepleiers tilnærming er også viktig. Å være ydmyk, ha respekt for individet, se og forstå pasienten bak diagnosen betyr mye for relasjonen, og hvordan pasienten opplever pleien og omsorgen som gis. Å skape trygghet gir tillit, og dette er av stor betydning for denne pasientgruppen. Det er vanskelig for en utenforstående å sette seg inn i pasientens sykdomssituasjon, derfor bør sykepleiere være tilstede i situasjonen, og lytte til hvordan de opplever sykdomstilstanden sin, da det er pasienten selv som er eksperten.

Litteraturliste

Ali, L., Fors, A. og Ekman, I. (2017) Need of support in people with chronic obstructive pulmonary disease, *Journal of Clinical Nursing*. 27(5-6), s. 1089-1096.

Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.14170>

(Hentet: 11. mars 2019).

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care*. 3. utgave.

Berkshire: Open University Press.

Bakkelund, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A.D., og Grønseth, R. (2016)

Sykepleie ved lungesykdommer, i Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo:

Gyldendal Akademisk, s. 118-182.

Bratås, O. (2013) Tverrfaglig kolsrehabilitering - effekt på kort og lang sikt, *Allergi i Praxis*.

2, s. 6-12. Tilgjengelig fra: https://www.naaf.no/globalassets/x-gamle-bilder/documents/1.-allergi-i-praksis/2.2013/sider-fra-aip-2_2013_bratas_tverrfaglig_kolsrehabilitering.pdf

(Hentet: 08. april 2019).

Brinchmann, B.S. (red.) (2014) *Etikk i sykepleien*. 3 utgave. Oslo: Gyldendal

Akademisk.

Brodtkorb, K. (2015) Respirasjon og sirkulasjon, i Ranhoff, A.H (red) *Geriatrisk Sykepleie*.

God omsorg til den gamle pasienten. 2 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 375-389.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A. og Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 5 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal

Akademisk.

Eklund, B.M., Nilsson, S., Hedman, L. og Lindberg, I. (2012) Why do smokers diagnosed with copd not quit smoking? - A qualitative study, *Tobacco Induced Diseases*. 10(17), s. 1-7.
Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3488476/pdf/1617-9625-10-17.pdf>

(Hentet: 09. mars 2019).

Eriksen, S. (2015) Menneskets psykososiale behov, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 887-905.

Fermann, T. og Næss, G. (2014) Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien, i Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 238-261.

Grov, E.K. (2015) Å bli pasient og hjelpetrengende, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 37-53.

Grundt, H og Mjell, J. (2016) Sykdommer i respirasjonsorganene, i Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 218-251.

Halding, A.G., Aarsheim, E.I., Dolmen, N.M., Jensen, A.J., Stavøstrand, S. og Grov, E.K. (2018) COPD transitions in health and self-management: service users experiences from everyday life, *International Journal of COPD*. 13, s. 2075-2088.

Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6037402/pdf/copd-13-2075.pdf>

(Hentet: 008. april 2019).

Helsedirektoratet (2012) *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006) *Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011*.

Tilgjengelig fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal_strategi_for_kols_24-11-06_forord.pdf

(Hentet: 10. mars 2019).

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 363-395.

Holter, I. M., og Grov, E.K. (2015) Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg?, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 27-35.

Kveseth, B. og Mikkelsen, J. (2011) Sykepleiernes rolle i kvalitetsarbeid, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. utgave. Oslo: Akribe AS, s. 314-315

Leine, M., Wahl, A.K., Borge, C.R., Hustavenes, M. og Bondevik, H. (2017) Feeling safe and motivated to achieve better health: Experiences with a partnership-based nursing practice programme for in-home patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Journal of Clinical Nursing*. 26(17-18), s. 2755-2764.

Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.13794>

(Hentet: 03. mars 2019).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) *Pasient- og brukerrettighetsloven*.

Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3

(Hentet: 01. mai 2019).

Lundh, L., Hylander, I. og Törnkvist, L. (2011) The process of trying to quit smoking from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26(3), s. 485-493. Tilgjengelig fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-6712.2011.00953.x>

(Hentet: 08. mars 2019).

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar, i Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 119-141.

Norsk Sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

(Hentet: 20. mars 2019).

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse, i Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17-39.

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. og Reinart, L.M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. 2. utgave. Oslo: Akribe.

St. meld. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

(Hentet: 11. mars 2019).

Stubberud, D.G. (2015) Respirasjon, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 399-437.

Thidemann, I.J. (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS.

